THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PAR PAUL TESTEAU,

DOCTEUR EN MÉDECINE,

ANCIEN ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE DE STRASBOURG

AIDE-MAJOR STAGIAIRE AU VAL-DE-GRACE



PARIS

A. PARENT IMPRIMEUR DE LA FACULTE DE MEDECINE

RUE MONSIEUR-LE-PRINCE 31.

1872

à mon collègue et
excellent ...
Dr ...

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

N° 49

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 30 décembre 1872,

PAR PAUL TESTEAU,

ANCIEN ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE DE STRASBOURG
AIDE-MAJOR STAGIAIRE AU VAL-DE-GRACE

DU CANCER DE L'UTÉRUS

ET DES

TUMEURS FIBREUSES DE L'UTÉRUS

ENVISAGÉE DANS LEURS RAPPORTS AVEC LA GROSSESSE

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 31.

1872

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Doyen. M. WURTZ.

Professeurs. MM.

Anatomie. SAPPEY.
Physiologie. . . . . BÉCLARD.
Physique médicale. . . . . GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale. . . . . WURTZ.
Histoire naturelle médicale. . . . . BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales. . . . . CHAUFFARD.
Pathologie médicale. . . . . AXENFELD. HARDY.
Pathologie chirurgicale. . . . . DOLBEAU. TRÉLAT.
Anatomie pathologique. . . . . VULPIAN.
Histologie. ROBIN.
Opérations et appareils. . . . . N.
Pharmacologie. . . . . REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale. . . . . . GUBLER.
Hygiène. . . . . BOUCHARDAT.
Médecine légale. . . . . TARDIEU.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés . . . . PAJOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie. . . . N...
Pathologie comparée et expérimentale . . . . . . N...
Clinique médicale. . . . . BOUILLAUD. G. SÉE. LASEGUE. BÉHIER.
Clinique chirurgicale . . . . VERNEUIL. GOSSELIN. BROCA. RICHET.
Clinique d'accouchements. . . . . DEPAUL.

Professeurs honoraires :

MM. ANDRAL, le Baron J. CLOQUET, CRUVEILHIER, DUMAS et NÉLATON

Agrégés en exercice.

MM. BAILLY.	MM. DAMASCHINO.	MM. GUENIOT.	MM. OLLIVIER.
BALL.	DUBRUEIL.	GUYON.	PAUL.
BLACHEZ.	DUPLAY.	ISAMBERT.	PÉRIER.
BOCQUILLON.	GARIEL.	LANNELONGUE.	PETER.
BOUCHARD.	GAUTIER.	LECORCHÉ.	POLAILLON.
BROUARDEL.	GRIMAUX.	LEDENTU.	PROUST.
CRUVEILHIER.			TILLAUX

Agrégés libres chargés de cours complémentaires.

Cours clinique des maladies de la peau. . . . . MM. *N.*
— des maladies des enfants. . . . . ROGER.
— des maladies mentales et nerveuses. . . . . *N.* . . .
— d'ophthalmologie. . . . . TRELAT.
Chef des travaux anatomiques . . . . Marc SEE.

Examinateurs de la thèse.

MM. DEPAUL, *Président;* BOUCHARDAT, GAUTIER, GUÉNIOT.

M. LE FILLEUL, *Secrétaire.*

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation n improbation.

A MON GRAND-PÈRE & A MA GRAND'MÈRE

A MON PÈRE & A MA MÈRE

Reconnaissance et dévouement sans bornes.

A MON FRÈRE & A MA SOEUR

A MON COUSIN BRAULT

Reconnaissance.

A MES AMIS

A MES MAITRES DE STRASBOURG ET DE PARIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR DEPAUL

DU

CANCER DE L'UTÉRUS

ET DES

TUMEURS FIBREUSES DE L'UTÉRUS

ENVISAGÉE DANS LEURS RAPPORTS AVEC LA GROSSESSE

INTRODUCTION ET PLAN.

M. le professeur agrégé Peter, dans une de ses conférences, au sujet d'une malade dont nous publions l'observation, traita, avec le talent qu'on lui connaît, de l'influence de la grossesse sur le cancer et sur les tumeurs fibreuses de l'utérus, l'idée nous vint de faire quelques recherches à ce sujet et d'en présenter le résultat pour notre thèse inaugurale.

Pour faire une étude complète de ces tumeurs, il eût fallu les considérer pendant le travail de l'accouchement et pendant la puerpéralité, mais ce sujet eût été beaucoup trop vaste, et nous avons dû nous contenter d'étudier ces tumeurs seulement pendant la grossesse, et de donner un aperçu des médications auxquelles elles donnent lieu dans cette période.

Nous diviserons notre travail en deux chapitres.

1er chapitre. Du cancer de l'utérus, envisagé dans ses rapports avec la grossesse.

a. Généralités sur le cancer de l'utérus.
b. Influence du cancer sur la grossesse.
c. Influence de la grossesse sur le cancer.
d. Traitement.

2e chapitre. Des tumeurs de l'utérus, envisagées dans leurs rapports avec la grossesse.
a. Définition et généralités.
b. Influence de la grossesse sur les tumeurs fibreuses.
c. Influence des tumeurs fibreuses sur la grossesse.
d. Traitement.

CHAPITRE PREMIER.

DU CANCER DE L'UTÉRUS, ENVISAGÉ DANS SES RAPPORTS AVEC LA GROSSESSE.

a. *Généralités sur le cancer utérin.* — Nous nous abstiendrons de donner la définition du cancer, nous contentant de rappeler que les propriétés qui appartiennent essentiellement au cancer en général sont : la destructivité et la reproductivité ; il y a trois formes principales du cancer: le squirrhe, l'encéphaloïde et l'épithélioma.

D'après Aran, c'est le cancer encéphaloïde que l'on observe le plus fréquemment à l'utérus ; d'après Becquerel, au contraire, il y aurait, dans un grand nombre de cas, fusion du tissu encéphaloïde, et du tissu squirrheux, et il en résulterait une sorte de tissu intermédiaire.

Le cancer utérin débute généralement par le col, mais quelquefois c'est le corps qui est primitivement envahi, le col restant intact. Ce cas est rare, puisque M. Ferrus ne l'a observé que trois fois sur 32 cancers utérins, et Lebert deux fois sur 45.

Le cancer profond, ou du tissu utérin a son siége dans le tissu

cellulaire qui sépare les fibres de l'utérus. Le dépôt morbide qui se fait d'une manière incessante, écarte les fibres qui sont saines en général; de nouveaux dépôts s'ajoutent aux premiers, et les tissus voisins, sans cesse refoulés et comprimés de toutes parts finissent par s'atrophier et même par disparaître. Peu à peu le produit morbide se ramollit, les tissus voisins s'ulcèrent, et il en résulte bientôt au lieu de tumeurs dures, bosselées qu'on percevait au début, des excavations profondes, irrégulières à bords déchiquetés, baignés d'un putrilage sanieux et fétide. Telle est la marche du cancer profond.

Les trois symptômes principaux sont la douleur qui est ordinairement lancinante, l'hémorrhagie, l'écoulement vaginal.

Au point de vue de la fréquence du cancer utérin, M. Tanchon a fait un relevé dans lequel on compte 2,996 cancers de la matrice, contre 1,147 cancers des glandes mammaires. Le cancer de la matrice est assez fréquent, aussi on rencontre dans chaque service, soit de chirurgie, soit de médecine, une ou deux malades atteintes de cette affection, et qui avancent plus ou moins vite vers la cachexie cancéreuse.

La période active, d'après C. West, est entre 40 et 50 ans, car, sur 595 cas, il a observé :

Entre 25 et 30 ans,	35 cas.
30 et 40 ans,	166
40 et 50 ans,	242
50 et 60 ans,	95
60 et 70 aus,	48
Au-dessus de 70 ans,	5
	595

Scanzoni donne aussi une statistique qui établit aussi comme maximum de fréquence de 40 à 50 ans.

Le cancer de l'utérus présente rarement des difficultés de dia-

gnostic, il siége ordinairement au col, c'est-à-dire dans une région accessible à la vue et au toucher. Si la maladie existe avant la grossesse, l'âge de malade, son état héréditaire, le caractère des douleurs, l'hémorrhagie, l'écoulement fétide mettront assez sur la voie, et alors le toucher et la vue viendront compléter le diagnostic.

Influence du cancer sur la grossesse.

Ordinairement le cancer de l'utérus ne met pas obstacle à la fécondation, puisque C. West nous rapporte que sur 168 cas de cancer utérin, il n'y avait que 3 femmes non mariées et 13 stériles, 2 avaient eu des enfants dont le nombre n'est pas indiqué : les 150 autres avaient présenté 1,046 cas de grossesses terminées prématurément 189 fois, et arrivées à terme 857 fois. On trouve aussi dans Mme Boivin et Dugès un exemple de cancer utérin, qui n'empêcha pas la conception de s'établir et une grossesse d'arriver à terme.

Mais ce qui pourrait quelquefois rendre le coït moins fréquent, c'est d'abord la douleur qu'il provoque chez les femmes affectées de cancer utérin, à moins toutefois, comme le fait remarquer Mme Boivin, que « par l'effet du mal les désirs vénériens ne prennent plus de vivacité, » fait rare.

De plus l'écoulement incessant qui se fait par le vagin, écoulement fétide lorsque le cancer existe déjà depuis quelques années, peut faire éprouver au mari une répugnance invincible ; de plus, cet écoulement peut entraîner le sperme et l'empêcher de se mettre en contact avec l'ovule ; en outre, l'écoulement ichoreux du cancer n'a-t-il pas une action spéciale sur les spermatozoïdes ?

Quoi qu'il en soit, la conception chez les femmes affectées de cancer utérin n'est pas un fait rare, et on l'observe souvent chez des femmes jeunes, dont la maladie est à son début, et c'est dans ces cas qu'il est intéressant d'étudier les rapports de la grossesse avec les tumeurs.

On trouve dans Mme Lachapelle (*Pratique des accouchements*, t. III,

pages 368,371), 7 observations de femmes qui devinrent enceintes avec un squirrhe de l'utérus, 4 de ces femmes se rétablirent.

On trouve des cas de fécondation chez des femmes affectées de cancer utérin, dans Boivin et Dugès, tome II, p. 18, et dans la *Gazette des hôpitaux* (décembre 1856). Le Dr Oldham a aussi rapporté 5 cas dans lesquels il y avait coïncidence de grossesse et de cancer; on peut donc dire avec Becquerel, que d'une manière générale le cancer du col utérin ne s'oppose pas à la fécondation, dans la première période.

La femme une fois fécondée pourra-t-elle arriver à terme? D'après les statistiques de West, il paraîtrait que c'est la règle ; mais nous voyons aussi un nombre considérable d'avortements, et en effet lorsqu'il existe une affection cancéreuse du col, souvent l'avortement, ou un travail prématuré surviennent, parce que les modifications qu'entraîne la grossesse ne peuvent pas s'accomplir dans le segment inférieur de l'utérus, l'orifice rugueux et épaissi se dilate difficilement et d'une manière très-imparfaite et il en résulte des déchirures, des hémorrhagies et des inflammations terribles.

Examinons successivement les cancers qui empêchent la grossesse d'arriver jusqu'à terme.

Et d'abord le cancer en lui-même ne pourrait-il pas provoquer l'avortement? car si, dit M. Jacquemier, la diathèse cancéreuse ne peut guère être considérée comme une cause bien active d'avortement ou d'accouchement prématuré, il n'en est pas de même de la cachexie cancéreuse ; et Scanzoni, dans son *Traité des maladies des femmes*, s'exprime ainsi : « Si le cancer se ramollit dès les premiers mois de la grossesse, il produit en général une fausse couche. Elle est due en grande partie à l'action pernicieuse que le sang vicié servant à la nourriture de l'œuf exerce sur ce dernier; d'une manière générale, les affections chroniques de l'utérus lorsqu'elles ne mettent pas obstacle à la fécondation, sont des causes communes d'avortement ou d'accouchement prématuré.

Affection siégeant sur le col. — Si l'affection siége sur le col, et nous avons vu tout à l'heure que c'était le cas le plus fréquent, l'irritation permanente du segment inférieur de l'utérus pourra déterminer des contractions utérines et amener ainsi l'avortement; quelquefois cependant la grossesse peut parcourir toutes ses périodes, et ce résultat est dû à la rigidité du col et à son induration qui se rencontre si souvent quand la tumeur squirrheuse siége sur le col. Cette rigidité, en effet, s'oppose à la dilatation de l'orifice et empêche l'avortement ou l'accouchement prématuré; mais à terme alors il constitue une cause de dystocie sérieuse, et, comme le fait observer Chailly-Honoré, cette circonstance qui pourra à terme compromettre le salut de la mère et celui de l'enfant devient la sauvegarde de ce dernier pendant la grossesse. Il y a même des faits qui démontrent que, par suite de cette rigidité du col, l'accouchement peut être indéfiniment retardé. On trouve dans un journal anglais l'histoire d'une femme enceinte qui arrivée à terme se plaignait de douleurs, l'accoucheur trouva qu'il n'y avait pas de dilatation du col, et la femme après avoir souffert pendant quelque temps resta ainsi, sans que son utérus se fût vidé; neuf mois après, c'est-à-dire après dix-huit mois de grossesse, elle éprouva de nouvelles douleurs et succomba. A l'autopsie, on trouva un fœtus qui paraissait mort depuis longtemps et le liquide amniotique résorbé. C'est Aran qui, dans son cours sur les maladies de l'utérus, rapporte ce fait qui est assurément très-étrange.

Au contraire, si le col, au lieu d'être rigide comme dans le cas que nous venons d'étudier, n'offre pas de résistance, si sa consistance est altérée par le produit morbide qui s'ulcère et devient fongueux en envahissant la substance du col, on conçoit alors qu'il sera plus facile à dilater, et on aura alors des avortements faciles à concevoir.

M. Watelle (thèse de Paris, 1870) a cité aussi des cas dans lesquels le cancer ayant envahi le placenta avait déterminé la mort du fœtus et par suite son expulsion.

Mais la cause la plus fréquente des avortements dans le cas qui nous occupe est sans contredit l'hémorrhagie.

Ces hémorrhagies qui sont déjà si fréquentes dans les affections organiques de l'utérus à l'état de vacuité le deviennent plus encore pendant la grossesse.

M. Courty a bien insisté sur la production de ces hémorrhagies dès le début de l'affection cancéreuse contrairement à cette opinion, qui ne voulait voir dans ce fait qu'un symptôme d'un cancer ulcéré ; il y a surtout certaines formes de cancer qui peuvent causer des hémorrhagies mortelles, nous voulons parler de la dégénérescence cancéreuse vasculaire de Mme Boivin et de Dugès ; Clarke en cite aussi un cas qui a été relaté dans la thèse de M. Degott. (Paris, 1854).

Quand il y a hémorrhagie, deux cas peuvent se présenter : Le fœtus peut être victime de la perte de sang, si elle est considérable, et alors devenu corps étranger, il est expulsé. M. Bayle, qui a fait des travaux importants sur les maladies des femmes, cite l'exemple d'un accouchement spontané et à terme dans lequel l'enfant était putréfié et avait péri par suite des hémorrhagies éprouvées par la mère dans les derniers mois de la grossesse. Ce n'est évidemment pas le cas ordinaire, car une fois le fœtus mort il est le plus souvent expulsé.

Dans le cas d'hémorrhagie, il peut arriver aussi que les moyens mis en usage pour arrêter les pertes sanguines réveillent la contractilité utérine, et le produit est expulsé. S'il n'est pas viable, il meurt et on a un avortement qui est bien causé par le cancer, mais d'une manière indirecte. On conçoit en effet que, si on pratique le tamponnement sur une femme enceinte, on produira dans la plupart des cas des contractions utérines. Rarement l'hémorrhagie devient mortelle pour la mère et l'enfant avant terme : il y a un seul cas cité par M. Horteloup.

On trouve dans Mme Lachapell des cas où l'hémorrhagie s'est

montrée au début de la grossesse et a duré jusqu'à terme, mais sans empêcher la grossesse de parcourir toutes ses périodes. Nous rapportons plus loin une observation dans laquelle le cancer utérin se manifesta par des hémorrhagies ; la femme accoucha à sept mois et demi d'un enfant qui mourut peu de temps après sa naissance. C'est en effet le cas le plus ordinaire, car les femmes accouchent avant terme, d'enfants morts ou vivants, mais chétifs qui succombent souvent peu de temps après leur naissance.

Les pertes sanguines qui se répètent si souvent et qui sont dues à la présence du cancer ont pu dans certains cas faire croire à une insertion vicieuse du placenta sur l'orifice ou dans son pourtour ; mais dans ces cas il suffira de pratiquer le toucher vaginal pour constater l'état du col, et la méprise sera vite reconnue.

Les hémorrhagies peuvent encore produire l'avortement par un autre mécanisme. Si elles se répètent souvent pendant la grossesse, elles pourront alors agir comme la saignée, et on sait que la saignée a été souvent employée dans un but coupable pour amener un avortement ; nous devons avouer cependant que ce n'est pas le mécanisme le plus ordinaire.

Cancer du corps de l'utérus. — Nous avons vu que rarement le cancer envahissait primitivement le corps de l'utérus ; il n'y arrive que consécutivement à l'altération du col et par propagation, et lorsque le corps est envahi par des tumeurs cancéreuses la grossesse est plus souvent compromise que quand l'affection siége exclusivement au col ; on comprend, en effet, que l'accouchement physiologique soit entravé et que les parois de l'organe luttent continuellement contre la grossesse ; de plus, les douleurs qui dans ce cas sont plus vives, plus constantes, tendent par action réflexe à déterminer l'issue du produit.

On a encore à craindre dans le cancer du corps de l'utérus ces hémorrhagies redoutables qui peuvent produire l'avortement ; mais,

dans ces cas, quand même la perte ne serait pas assez considérable pour produire par elle-même l'avortement, elle donnera le même résultat par un tout autre mécanisme; il peut arriver en effet qu'un caillot provenant d'une hémorrhagie antérieure, séjourne dans l'utérus et produise par sa présence des contractions utérines : c'est ce procédé que l'accoucheur emploie en introduisant dans le col un cône d'éponge préparée pour déterminer l'accouchement provoqué.

Quoique ces accidents soient déjà considérables, ce ne sont cependant pas les seuls que nous ayons à redouter; nous devons encore mentionner les ruptures de l'utérus. Ces accidents s'observent, il est vrai, le plus souvent pendant le travail; mais on les a constatés aussi pendant la grossesse, et, dit M. Joulin « les ruptures de l'utérus par altération de l'organe sont parfaitement démontrées. » Duparcque, dans son Traité des ruptures utérines, en cite plusieurs cas; nous en trouvons également une observation dans Mme Lachapelle (t. III, p. 158). Enfin, M. Martin le jeune, de Lyon, vit cette rupture se produire à 5 mois sur un utérus dont le col entier et une partie du corps étaient squirrheux. Ces ruptures ont été aussi signalées pendant la grossesse, au niveau d'anciennes cicatrices provenant d'une opération césarienne, et on comprend que dans le cancer, ces accidents puissent se produire. L'utérus, en effet, profondément altéré dans sa constitution intime, ne jouit plus, par suite de la destruction d'une partie de ses fibres, d'une contractilité assez grande pour réagir sur le produit et amener la fausse couche. La fibre inerte alors ne pouvant ni s'accroître facilement comme on l'observe à l'état normal, ni se laisser distendre, trop friable pour résister, se déchire sous l'influence du plus léger effort.

Tels sont les accidents qui résultent de la présence du cancer pendant la grossesse, on voit donc que cette affection qui est si redoutable déjà à l'état de vacuité, offre encore plus de dangers pendant la grossesse. Nous passerons maintenant au traitement, et, quoique nous ne puissions espérer la cure de ces affections, il n'en faut pas

moins employer tous les moyens qui peuvent ralentir la marche de la maladie dans l'intérêt de la grossesse. L'accoucheur ne doit sacrifier le fœtus que dans les cas extrêmes, quand la vie de la mère étant menacée, pourrait amener fatalement la mort de deux êtres.

Traitement. — Tout d'abord, il est important de remarquer qu'on ne peut employer les moyens thérapeutiques usités contre ces affections quand l'utérus est à l'état de vacuité : nous voulons parler de l'excision, de la cautérisation au fer rouge, même au nitrate d'argent et au nitrate acide de mercure, car ces moyens pourraient exciter la contractilité utérine et amener ce que l'on veut surtout éviter, c'est-à-dire l'avortement.

Prenons d'abord le cas le plus favorable, c'est-à-dire celui dans lequel les accidents sont peu accentués. La grossesse suit son cours normal; il n'y a pas d'hémorrhagie ou seulement des pertes très-légères et à intervalles éloignés; la malade n'éprouve que des douleurs; dans ce cas, il faudra soutenir la malade, lui donner du vin de quinquina et des préparations martiales ; on calmera les douleurs avec l'opium ou même avec le chloral, et pour prévenir les hémorrhagies, il faudra condamner la malade au repos, au lit et dans la position horizontale.

S'il y a menace d'avortement due au défaut de rigidité du col dont la consistance est altérée par la tumeur ; alors, c'est le cas d'employer les lavements laudanisés qui, associés aux moyens indiqués tout à l'heure, pourront faire merveille.

Dans le cas d'hémorrhagie, si les pertes sont légères, le premier moyen qui sera mis en usage sera le repos absolu, le cubitus horizontal; on évitera de trop couvrir la malade; le bassin sera maintenu un peu élevé et la tête basse. Les boissons destinées à calmer la soif devront être froides; on usera aussi des styptiques en application ou en injection. On peut employer une solution d'alun saturée (60 grammes pour un litre d'eau); ce dernier moyen est excellent. Mais si

l'hémorrhagie est plus grave, si la vie de la mère est menacée, alors on peut recourir à tous les moyens, même à ceux qui peuvent causer l'avortement, et, par suite, la mort du produit, car il pourrait arriver que l'hémorrhagie elle-même tuât l'enfant; alors, outre les moyens indiqués dans le cas précédent, il faut se servir des réfrigérants que l'on appliquera sur les cuisses, le bas-ventre, pendant qu'on réchauffera, au contraire, le tronc et la partie supérieure afin de produire une dérivation; il faudra bien se garder d'appliquer le froid sur toute la surface du corps, car alors, comme Mme Lachapelle en cite des cas, la mort serait causée non par l'hémorrhagie, mais bien par le froid.

Si l'hémorrhagie continue, il faudra alors pratiquer le tamponnement avec des boulettes de charpie imbibées de perchlorure de fer. Ce moyen aura l'inconvénient de provoquer les contractions utérines, on pourra aussi employer dans le même but la pelote à air Gariel dont l'application est facile, prompte, et qui est beaucoup mieux supportée par la femme que les bourdonnets de charpie.

Lorsque l'affection siége au corps de l'utérus, et que la malade ressent des douleurs vives, constantes, alors il faudra combattre ces accidents à l'aide de grands bains; on fera des embrocations narcotiques et huileuses sur tout l'abdomen, on donnera des lavements laudanisés.

S'il y a une rupture utérine, la mort sera la terminaison la plus fréquente. Sur 60 observations de cancer de l'utérus, recueillies par M. Chantreuil dans son mémoire, 6 fois la rupture utérine amena la mort. Cependant, Duparcque, dans son Traité des ruptures de l'utérus, a signalé 2 guérisons. Cet accident n'a jamais été observé avant deux mois de grossesse; il faudra, dans ces cas, donner les opiacés à haute dose ou bien pratiquer la gastrotomie.

Dans certains cas, le praticien n'a à opter qu'entre des mesures extrêmes qui, toutes, offrent de grands dangers. Il faut en effet qu'il se résigne ou à l'avortement provoqué qui pourra hâter le terme de

la vie de la mère en sacrifiant le fœtus ou plus tard à l'opération césarienne qui peut permettre de sauver l'enfant en hâtant la mort de la mère dont les jours sont déjà comptés, ou enfin à l'incision du col, suivi d'application de forceps presque aussi meurtrière pour la mère et réunissant moins de chances favorables en faveur de l'enfant.

L'avortement ne devra donc être employé que quand il y aura danger immédiat pour la mère; dans le cas de cancer utérin, les souffrances sont plus vives et les hémorrhagies plus abondantes que dans un avortement ordinaire, on aura l'avantage si la mort de la mère est inévitable, de sauver l'enfant.

Quant à l'accouchement prématuré artificiel, il sera quelquefois indiqué soit, par exemple, que la tumeur cancéreuse subissant une fâcheuse aggravation par le fait de la grossesse, fasse prévoir des dangers graves ou donne à penser que l'accouchement à terme ne pourra s'accomplir qu'à l'aide d'une opération sérieuse comme l'opération césarienne ou l'embryotomie.

Quant à faire l'ablation de ces tumeurs pendant la grossesse, Dugès lui-même qui l'a conseillée, ne l'indique que pour le moment où la femme est en travail ou immédiatement après l'accouchement : « Le vagin, dit-il, est alors très-extensible, le col aminci, ramolli, les noyaux squirrheux plus mobiles et quelquefois comme flottants. On serait plus sûr de ne rien entamer au delà des lèvres du col utérin qui, jamais, ne jouissent d'une extensibilité pareille à celle qu'elles acquièrent pendant l'accouchement.

Chailly-Honoré, donne aussi le conseil de ne pratiquer cette ablation qu'après l'accouchement sauf dans le cas d'hémorrhagie grave menaçant la vie de la mère, et alors il faut se décider à l'ablation au moyen de la ligature, car l'excision ne ferait qu'accroître l'hémorrhagie.

INFLUENCE DE LA GROSSESSE SUR LE CANCER.

Quoique les opinions soient partagées à ce sujet, il n'en résulte pas moins que la grossesse influe d'une manière fâcheuse sur l'évolution de ces tumeurs.

Pour Churchill, le ramollissement du squirrhe peut se faire par les seuls progrès de la maladie, mais toute irritation ou violence quelconque hâte cette transformation ; il cite un coït exagéré, et la grossesse comme pouvant entraîner des conséquences fatales. Et, en effet, bien que l'étiologie du cancer soit peu connue, il n'en est pas moins vrai que des irritations accélèrent son développement, et pour ce qui est de la grossesse et surtout de la grossesse rapidement répétée, on ne saurait contester son action, l'état de congestion permanente de l'utérus, l'augmentation de son système vasculaire, sont autant de causes qui accélèrent la marche du cancer.

Pour Chailly-Honoré, la grossesse imprime aussi une marche fâcheuse à ces tumeurs. « La grossesse, dit-il, par suite du surcroît d'activité qu'elle imprime à la circulation utérine, accroît le volume des tumeurs cancéreuses et leur disposition à l'hémorrhagie en y déterminant un afflux sanguin considérable. »

M. Chantreuil dans son mémoire a aussi démontré, avec des observations à l'appui, que les tumeurs cancéreuses se développent pendant la grossesse plus rapidement qu'à l'état de vacuité.

Quelquefois la marche du cancer se ralentit ou s'arrête même pendant la durée de la grossesse pour reprendre après les couches une nouvelle intensité. Il y a cependant certains cas dans lesquels les choses se passent tout autrement et dans lesquels la marche du cancer prend une rapidité extrême : tel est par exemple le cas d'une observation de J. Miller, dans la *Gazette médicale de Paris* 1845, page 203, la femme succomba au moment même de l'accouchement; de même aussi le cas que M. Mathieu rapporte dans sa thèse et dans

lequel la femme mourut quelques jours après l'accouchement. (Thèse de Paris, 1872).

Pour M. Courty (*Traité des maladies de l'utérus*), la grossesse retarde la marche du cancer, mais il semble aussi, « dit-il, d'après ce que j'ai vu, que cette marche recommence avec plus de rapidité à la suite des couches et hâte la mort des malades. » Telle est aussi l'opinion d'Aran et de Scanzoni, et on peut supposer que dans certains cas pendant la grossesse, l'utérus gravide exerçant une compression sur la tumeur, puisse en empêcher la nutrition et par suite le développement.

OBSERVATION.

Prise à la Charité, salle Sainte-Anne, lit 13, service de M. Peter, suppléant M. le professeur Germain Sée.

Le 7 août 1872, Louise X... entre à l'hôpital. Elle est âgée de 20 ans et mariée depuis deux ans. Cette femme jusqu'à l'année dernière, d'après ce qu'elle nous a raconté, était d'une santé parfaite. Au mois de juin 1871, elle devint grosse et à partir de ce moment elle eut des douleurs fixes dans l'hypogastre et dans la région sacrée; à mesure que sa grossesse avança elle vit aussi sa santé s'altérer peu à peu.

Avant d'être enceinte, ses règles étaient régulières et elle n'avait pas de leucorrhée dans les intervalles; les troubles de sa grossesse ne consistèrent qu'en douleurs et il n'y eut pas d'hémorrhagie pendant tout le cours de sa grossesse. Nous insistâmes beaucoup auprès de la malade afin d'avoir ces renseignements avec la plus grande exactitude.

Elle avorta cependant à sept mois sans pouvoir attribuer cet avortement soit à un coup, soit à une chute. L'enfant vécut quinze heures. Ces faits se passaient au mois de janvier de cette année, et depuis ce moment la malade se plaint d'un écoulement vaginal qui augmenta de jour en jour, écoulement d'une odeur très-fétide.

Etat actuel (7 août). L'état général indique la cachexie cancéreuse; la malade est maigre, de couleur jaune-paille; elle se plaint de douleurs sourdes avec élancements dans la région lombaire et dans les deux membres inférieurs sur le trajet du nerf sciatique. Le membre inférieur droit est le siége d'une phlegmatia alba dolens survenue, soit par cause anatomique, car la veine hypogastrique, en effet, fournit des branches à la muqueuse utérine (cette raison ne suffit pas puisqu'on observe aussi cette phlegmatia dans les cancers du sein), soit à la cachexie cancéreuse, car il y a dans ces cas prédominance de la fibrine sur les globules, la coagulation se fait par la lenteur de la circulation.

Au toucher, on trouve que le col de l'utérus présente sur toute son étendue et surtout à sa partie antérieure des ulcérations profondes: le doigt ne pénètre que dans un profond sillon et on reconnaît de larges portions ulcérées qui ne tiennent que par d'étroits pédicules et d'où s'écoule un fluide sanieux très-abondant.

La malade mourut le 8 septembre, et son autopsie, faite vingt-quatre heures après la mort, montra le col de l'utérus entièrement rongé par une profonde ulcération à l'exception d'une petite pointe en arrière; les parois voisines étaient épaisses et indurées à la hauteur de plus d'un pouce. L'examen histologique a démontré l'existence du cancer.

Ce qu'il y a de remarquable chez cette femme c'est la marche rapide de la maladie, puisque du mois de janvier au mois d'août elle est arrivée à la cachexie; ordinairement la marche est plus lente, mais, comme nous le fit remarquer M. Peter, il y a, par le fait de la gestation, un excès de vitalité communiqué à l'utérus.

CONCLUSIONS.

I. Le cancer de l'utérus permet souvent à la fécondation de s'opérer.

II. La grossesse peut suivre son cours et arriver jusqu'à son terme, néanmoins, l'avortement est souvent à craindre.

III. Pendant la gestation la marche du cancer est souvent accélérée ; quelquefois cependant elle se trouve ralentie pour recommencer avec plus de rapidité après l'accouchement.

IV. Pendant la grossesse, l'expectation est souvent indiquée. L'avortement et l'accouchement prématuré seront cependant employés dans certains cas.

V. L'ablation des tumeurs ne saurait être conseillée pendant la grossesse dans l'immense majorité des cas.

CHAPITRE III.

DES TUMEURS FIBREUSES DE L'UTÉRUS ENVISAGÉES DANS LEURS RAPPORTS AVEC LA GROSSESSE.

Généralités.

Définition. — Le myome utérin, appelé aussi hystérome fibroïde (Broca), fibrome utérin, corps fibreux, tumeur fibreuse, est une formation nouvelle de substance musculaire qui se développe dans l'épaisseur du parenchyme de la matrice.

On les divise en tumeurs :

1° interstitielles,
2° sous-muqueuses,
3° sous-péritonéales.

Les tumeurs interstitielles sont pour ainsi dire enkystées dans le tissu utérin.

Les tumeurs sous-muqueuses sont en connexité immédiate et directe avec la matrice par un pédicule de longueur variable, continu au tissu utérin. Ce néoplasme n'est autre que le polype fibreux.

Les tumeurs sus-péritonéales sont celles qui refoulent devant elles le péritoine.

On les divise encore en pédiculées et sessiles.

Ces tumeurs n'ont pas comme le cancer une influence sur la constitution, et les désordres qu'elles entraînent sont locaux et mécaniques.

Anatomie pathologique. — Quelques-unes à la coupe présentent une texture charnue avec un léger entre-croisement de lignes fibreuses (tubercules charnus de Hunter). Il y en a d'autres plus rouges et plus vasculaires et qui ressemblent tout à fait au tissu utérin.

Ces tumeurs sont très-fréquentes puisque Bayle établit que le cinquième des femmes après l'âge de trente-cinq ans porte des tumeurs fibreuses dans l'utérus.

Pour West, sur 70 cas où il a examiné l'utérus de femmes qui étaient mortes après la puberté de maladies autres que les maladies utérines, il a trouvé sept fois des tumeurs fibreuses dans l'utérus. M. Leuvet, sur 67 autopsies de femmes au-dessus de 29 ans, a trouvé dix fois des tumeurs fibreuses dans l'utérus.

Ces tumeurs sont quelquefois multiples, M. Guéniot rapporte l'observation d'une femme morte dans le service de M. Depaul et qui en comptait une vingtaine.

Leur volume est quelquefois considérable. Dans un cas appartenant à Pillore la tumeur mesurerait 30 cent. de hauteur, 24 de largeur et 16 d'épaisseur.

Influence de la grossesse sur les tumeurs fibreuses.

Cette question importante au point de vue du traitement qu'on doit suivre pendant la grossesse a soulevé une discussion très-intéressante à l'Académie de chirurgie, en 1857, néanmoins tous les points de la question n'ont pas été discutés et nous avons cru qu'il serait intéressant de présenter un résumé de la question.

La grossesse agit sur les tumeurs fibreuses en produisant :

1° Hypertrophie,

2° Vascularisation,

3° Ramollissement et quelquefois suppuration.

Nous passerons en revue chacune de ces modifications et nous les discuterons en nous appuyant sur l'autorité de nos maîtres.

1° *Hypertrophie.* — L'hypertrophie est caractérisée à l'œil nu par une augmentation de volume total de la tumeur et au point de vue hystologique par des fibres musculaires devenues turgescentes et augmentées dans toutes leurs dimensions. Presque tous les auteurs s'accordent à reconnaître ce fait. M. Danyau rapporta à l'Académie l'observation d'une personne chez laquelle une tumeur fibreuse, assez considérable pour empêcher l'accouchement sans opération, se développa pendant la grossesse; cette femme avait été examinée à six mois de sa grossesse par M. Récamier qui n'avait trouvé que quelques granulations sur le col. On voit donc avec quelle rapidité cette tumeur se développa.

Citons encore un exemple constaté par M. Depaul et rapporté à l'Académie par ce savant professeur : Une dame de 31 ans, enceinte pour la première fois, fut examinée au quatrième mois et demi de sa grossesse et on lui trouva à la paroi anterieure de l'utérus un fibrome dont le volume dépassait la grosseur de l'extrémité du pouce. La tumeur a grossi graduellement et en l'espace de trois mois elle a acquis le volume du poing ; quatre mois et demi après l'accouchement cette même tumeur était réduite au volume d'une noix.

De pareils exemples abondent et nous citerons plus loin une observation dans laquelle cet accroissement fut très-rapide.

Mais cette hypertrophie n'appartiendrait-elle pas en propre à la tumeur et ne serait-elle pas le résultat de l'évolution naturelle du néoplasme qui suivrait une marche tout à fait indépendante de la grossesse; d'un autre côté M. Guéniot, dans la discussion qui eut lieu à ce sujet, a dit que souvent l'on avait cru à une hypertrophie de

tumeur quand celle-ci n'était devenue que plus apparente et plus accessible par l'effet du développement de l'utérus. Pour les tumeurs sous-péritonéales ne peut-il pas se faire que la pression excentrique de l'œuf expulse pour ainsi dire de la paroi utérine les tumeurs qui y sont contenues et les mette ainsi plus en relief, et la prétendue diminution de ces tumeurs ne pourrait-elle pas bien n'être que leur simple réintégration dans les parois de l'utérus et le fait du retrait de l'organe ? Telles sont les objections principales que l'on a formulées contre l'influence de la grossesse sur les tumeurs ; on ne peut nier que dans certains cas des erreurs aient été commises par quelques praticiens inexpérimentés ; mais il y a des faits qui ont été observés par des praticiens du plus haut mérite, et que quelquefois l'autopsie a confirmés.

Nous répondrons à ces objections que la tumeur fibreuse, formée d'un tissu à peu près semblable au tissu utérin, recevant sa nutrition par le même système vasculaire, il est facile de comprendre qu'elle subisse les mêmes modifications que l'utérus sur lequel elle est greffée. M. Guyon a cité le cas d'une tumeur fibreuse de l'utérus qui à chaque période menstruelle devenait plus volumineuse et donnait naissance à une rétention d'urine, et il fallait alors sonder la vessie pour que la miction pût s'établir.

Et, en effet, souvent on a remarqué et M. Depaul l'a constaté plusieurs fois, que ces tumeurs fibreuses s'hypertrophiaient un peu au moment des règles pour reprendre ensuite leur volume primitif.

Maintenant, si cette hypertrophie n'était que le résultat de l'évolution normale de la tumeur, comment expliquerait-on ce retrait que subit la tumeur après la grossesse, retrait qui a été bien constaté ; d'abord ce retrait est-il possible? M. Cruveilhier admet comme positivement démontré que les corps fibreux utérins sont susceptibles d'atrophie à toutes les périodes de leur existence, et que cette atrophie se révèle au point de vue anatomique par une sorte de condensation, de flétrissure et de diminution notable de vascularisation.

Citons maintenant quelques exemples d'hypertrophie pendant la gestation et de dégénérescence à la suite de la grossesse ; nous donnerons l'opinion des praticiens les plus distingués.

M. Depaul, dans la discussion qui eut lieu à l'Académie de chirurgie, s'exprime en ces termes : « Jai pu suivre, dit-il, chez une femme enceinte, le développement d'un corps fibreux, ce corps avait augmenté considérablement de volume, puis après l'accouchement, il commença d'abord à diminuer de consistance. J'ai revu cette femme trois mois après son accouchement, le corps fibreux était revenu à son volume primitif. » On voit que, dans ce cas, il a suffi de trois mois pour que la tumeur ait subi une atrophie considérable.

Cazeaux prétend aussi que les tumeurs fibreuses qui subissent un accroissement marqué par le fait de la grossesse, peuvent diminuer ensuite et disparaître complètement. « Une dame à laquelle je donnais mes soins, dit-il, fit une fausse couche ; je reconnus sur la partie latérale de l'utérus la présence d'une tumeur fibreuse grosse comme la tête. Avant la grossesse, jamais la malade ne s'en était aperçue. Je pus à la suite de la fausse couche sentir la tumeur, et apprécier son volume ; mais, par des examens successifs, je reconnus qu'elle diminuait sensiblement, et après un certain nombre d'années il m'était devenu impossible d'en retrouver la moindre trace. »

Les tumeurs qui diminuent ainsi et peuvent même disparaître sont surtout celles qui n'ont annoncé leur présence que pendant le cours de la grossesse.

M. Huguier, au contraire, n'admet pas comme un fait assez ordinaire, la diminution et bien plus la disparition des tumeurs fibreuses de l'utérus. Pour lui la tumeur fibreuse unilobulaire simple n'est jamais susceptible de disparaître, elle peut tout au plus, si elle tient au tissu utérin par un pédicule peu volumineux, s'atrophier quand l'organe cesse de ressentir les congestions menstruelles. Il prétend que les tumeurs fibreuses multiloculaires liées entre elles par des

tissus qui se congestionnent et qui augmentent sous l'influence de la période menstruelle ou de la grossesse, peuvent faire croire à un accroissement général d'une tumeur fibreuse quand il n'en est rien.

Pour nous, nous ne croyons pas que l'explication de M. Huguier puisse rendre compte de l'accroissement énorme que subissent ces tumeurs dans certains cas. La congestion des tissus qui relient les lobes de la tumeur ne fait que contribuer dans une faible part à l'accroissement général; et, du reste, l'hypertrophie a été observée dans des tumeurs unilobaires.

Nous publions une observation recueillie par M. Edmond Alluig, interne des hôpitaux à l'hôpital de Lariboisière, dans le service de M. Lorain. Cette observation nous montre l'atrophie de corps fibreux de l'utérus après l'accouchement.

La nommée X...., femme de 44 ans, ayant déjà plusieurs enfants âgés, vient accoucher à l'hôpital de Lariboisière, le 21 mars 1869. Elle entre l'après-midi, la poche des eaux rompue et les pieds de l'enfant dans l'excavation. Je termine l'accouchement, l'enfant est vivant; quelques instants après elle expulse le placenta, et lorsque j'explore le ventre pour voir si l'utérus se rétracte bien, je trouve une tumeur volumineuse comme une tête de fœtus vers le fond de l'utérus. Pensant avoir affaire à un second enfant, je pratique le toucher, mais je ne trouve pas de parties fœtales ; comme le placenta était sorti avec un seul cordon et que la femme ne perdait pas de sang, je n'ai pas voulu la tourmenter en insistant sur le toucher. J'explore cependant de nouveau par la palpation, je retrouve une tumeur grosse comme une tête de fœtus de huit mois avec la dureté de l'os. Cette tumeur se trouvait plus haut que l'ombilic, mais je ne trouvai pas de tronc attenant à cette tête. Sur le côté droit de l'utérus au-dessous de la première tumeur (qui occupait à peu près le milieu du fond), je trouve une petite tumeur pointue donnant absolument

l'idée d'un coude de fœtus que l'on écarte du tronc. J'ausculte alors avec soin mais sans entendre nulle part de battements de cœur fœtal. La femme disait à plusieurs reprises de ne pas s'occuper de cette grosseur, parce qu'elle l'avait toujours eue à ses autres accouchements et qu'elle disparaissait après ses couches.

Le lendemain je retrouve la grosse tumeur mais je ne retrouve pas la tumeur pointue ; à sa place, ou peut-être un peu plus bas, se trouve une tumeur arrondie, grosse comme un œuf, dure et un peu mobile.

Deux jours plus tard je ne retrouve plus que la grosse tumeur et la femme répète en insistant qu'elle est sûre que la tumeur s'en ira toute seule comme les autres fois.

Quelques jours après, j'explore de nouveau le ventre, mais je ne puis plus trouver de limites nettes à la tumeur. La femme a eu de la diarrhée et il y a de la tympanite, on sent bien qu'il y a là une tumeur mais on ne peut en distinguer les limites.

Son enfant est envoyé en nourrice et la malade passe dans un autre service de médecine et je cesse de la suivre ; elle est prise au bout de quelques jours d'infection putride et meurt le 12 avril.

A l'autopsie on trouve près de l'angle de l'utérus à droite une petite tumeur fibreuse de la grosseur d'une noix et au-dessous une autre encore plus petite. Nulle part ailleurs on ne trouve de traces de corps fibreux. L'utérus avait à peu près 10 centimètres de haut.

Nous avons tenu à rapporter complètement cette observation afin de montrer à quelles méprises on peut être entraîné en présence de tumeurs fibreuses compliquant la grossesse, puisque tout d'abord on crut à la présence d'un second fœtus, et ce n'est qu'après un examen approfondi que l'on put reconnaître la tumeur fibreuse.

On ne peut dire aussi dans ce cas que la tumeur a été mise en relief par la pression excentrique de l'œuf, puisque d'abord elle était grosse comme une tête de fœtus, et qu'à l'autopsie on la trouva grosse comme une noix. Il y avait bien évidemment hypertrophie.

2° *Vascularisation.* — La vascularisation, on doit le dire, s'observe moins généralement que l'hypertrophie ; néanmoins il arrive souvent que des tumeurs que l'on avait senties dures, bosselées, pendant l'état de vacuité deviennent molles et même fluctuantes pendant la grossesse. Les tumeurs fibreuses, produit pathologique, annexé à l'utérus, participent à sa vascularisation et à son excès de mouvement nutritif pendant la gestation et on comprend que cette vascularisation doive changer la consistance du tissu lui-même et amener une certaine prédisposition aux hémorrhagies. M. Forget prétend qu'à l'époque des règles on voit couler le sang en nappe de la surface de certaines tumeurs fibreuses. Pendant la grossesse cette disposition se trouve exagérée, et c'est ce qui produit dans certains cas de graves hémorrhagies. Au reste, l'hypertrophie que l'on observe pour certaines tumeurs à chaque période menstruelle est due à l'afflux plus considérable de sang dans la tumeur. La vascularisation se remarque surtout dans les tumeurs interstitielles, puis dans les tumeurs sous-muqueuses et enfin dans les tumeurs sous-péritonéales.

3° *Ramollissement.* — Pour le ramollissement il faut distinguer les tumeurs fibreuses sous-péritonéales qui diminuent très-rarement de consistance, des polypes fibreux, c'est-à-dire des tumeurs fibreuses sous-muqueuses qui se ramollissent le plus ordinairement. On en a vu dont la consistance avait assez changé pour faire croire vers la fin de la grossesse à un contenu liquide, et il y a à ce sujet des méprises assez nombreuses et de la part de praticiens distingués.

M. Ashwell (*Guy's hospital Reports* 1839), prétend que ces tumeurs se ramollissent surtout vers les derniers mois de la grossesse, et pour lui l'augmentation de vascularité conduit nécessairement à l'inflammation ; le plus souvent, d'après lui, une suppuration de mauvais caractère se déclare et la malade succombe.

Ces accidents ont été observés très-rarement et ne peuvent être attribués complètement à l'influence de la grossesse ; peut-être aussi

cette marche fâcheuse doit-elle être attribuée à un état général défectueux ou à des conditions mauvaises. Le fait rapporté par M. Huguier d'une tumeur ramollie et suppurée chez une femme ayant eu dix grossesses doit plutôt être attribué à l'irritation et à l'inflammation produites par les dix accouchements.

Ce ramollissement, du reste, est facile à suivre à chaque période de la grossesse et on voit qu'à mesure que la grossesse avance, la consistance de la tumeur diminue. M. Dépaul qui a avancé cette opinion après l'avoir vérifiée sur un certain nombre de malades, prétend qu'après l'accouchement ces tumeurs reprennent leur consistance première.

Il y a une dernière forme de ramollissement qui joue un rôle important dans le mécanisme de l'accouchement, on l'a nommé aussi assouplissement ; il s'observe dans les derniers mois ou dans les derniers jours de la grossesse; cet état fait participer la tumeur à l'état particulier de tous les tissus qui tendent à perdre leur consolidation et cela paraît s'effectuer par une espèce d'imbibition de tous les tissus.

M. Guéniot, qui avait soulevé une discussion à ce sujet, prétendait que le ramollissement qui avait été signalé par les auteurs était dû à l'évolution naturelle de ces tumeurs et il citait des cas où l'on avait trouvé à l'autopsie ces tumeurs présentant une dureté fibreuse et même cartilagineuse soit pendant, soit immédiatement après la grossesse ; il avançait aussi que ce ramollissement s'observait à l'état de vacuité; mais ces quelques faits que M. Guiéniot avait rassemblés ne peuvent détruire ce qui est appuyé par l'expérience de praticiens distingués et par l'observation d'un grand nombre de cas qui permettent d'ériger cette modification en loi générale ; néanmoins, pour conclure, nous devons dire que ni le ramollissement, ni l'hypertrophie ne s'observent constamment ; ils peuvent exister l'un sans l'autre. On verra plus tard que ces ramollissements observés ont une certaine importance dans la pratique et que souvent ils ont permis à

des fœtus de franchir les détroits du bassin, grâce à la mollesse dont ils jouissaient.

M. Dubar cite dans sa thèse l'observation d'une tumeur fibreuse qui sous l'influence de la grossesse devint tellement fluctuante que M. Alph. Guérin, qui suppléait M. Huguier, crut à une collection purulente et l'autopsie montra la présence d'une tumeur fibreuse.

M. Cazeaux (*Gazette des hôpitaux*, 1857), cite l'observation suivante d'une tumeur fibreuse qui occupait le col utérin; la fluctuation était si apparente, dit-il, que M. Dubois, qui fut d'abord appelé avec moi, n'hésita pas à conseiller une ponction, pensant que l'on avait affaire à un kyste, et à l'aide d'un trocart on pénétra dans l'épaisseur du prétendu kyste; rien ne sortit par la canule. Le cas était embarrassant, car le volume de la tumeur était si considérable que l'accouchement était tout à fait impossible. M. Danyau consulté, malgré l'insuccès de la ponction crut encore à un kyste que le dard du trocart n'avait pas ouvert; il pratiqua lui-même une ponction sans plus de résultats. Nous avions affaire, dit M. Cazeaux, à une de ces tumeurs fibreuses, qui sous l'influence de l'activité circulatoire produite par la gestation s'était, pour ainsi dire, comme érectilisée et l'autopsie confirma cette appréciation.

Mme Bowin et Dugès ont encore signalé une autre modification imprimée aux tumeurs fibreuses par la grossesse; modification qui n'a pas été vérifiée par la suite et qui serait, du reste, difficile à comprendre: nous voulons parler de la dégénérescence carcinomateuse. Voici du reste l'observation résumée :

Une femme avorte à six semaines de gestation; plus tard le ventre se gonfle, une tumeur sans doute déjà existante lors de la première imprégnation se manifeste plus positivement; une deuxième grossesse a lieu, la malade meurt et on trouve à l'autopsie une tumeur, fibreuse à l'extérieur et encéphaloïde à l'intérieur. Ce fait est le seul que l'on ait observé, il constitue donc une exception.

On doit noter aussi un autre effet de la grossesse sur les tumeurs

fibreuses, nous voulons parler du déplacement qu'elles éprouvent: ainsi on les a trouvées à gauche, on les trouve plus tard à droite; on les a senties en haut, elles sont plus tard en bas; ce déplacement est provoqué par le changement de volume et de forme de l'utérus gravide. Pour M. Depaul, cela tient à l'irrégularité du développement de l'utérus lui-même pendant la gestation; ce mécanisme est dû à la contraction et au raccourcissement des fibres longitudinales de la matrice; ce fait est vrai pour les tumeurs fibreuses à large base, mais il cesse de l'être pour les fibromes pédiculés qui restent enclavés dans le bassin.

Un autre effet de la grossesse sur les fibromes et surtout sur les fibromes sous-péritonéaux, c'est l'étalement ou l'aplatissement de ces tumeurs à mesure que l'utérus se développe. Suivant M. Guéniot, cet aplatissement est le résultat purement mécanique de la compression du fibrome entre les parois utérines qui se développent et les parois abdominales qui résistent.

M. Depaul l'explique par le développement combiné de la tumeur et de l'utérus lui-même, dont les fibres tendent à tirailler le corps fibreux et à l'étaler. Quoi qu'il en soit, nous pensons que ces deux causes agissent également pour produire le phénomène de l'aplatissement.

Nous voyons donc par tous ces faits que la tumeur fibreuse partage pendant la grossesse la suractivité vitale de l'utérus lui-même et en suit toutes les phases dans la plupart des cas; elle s'accroît, s'assouplit, se vascularise, change de place comme l'utérus lui-même, et, après l'accouchement, subit des phénomènes de retrait et de retour à la forme première.

Influence de la tumeur fibreuse sur la grossesse.

Nous venons d'étudier l'influence de la grossesse sur les tumeurs fibreuses. Cette action, nous l'avons vu, est très-complexe et peut

expliquer certains accouchements spontanés qui se sont accomp is malgré la présence de tumeurs volumineuses; cette facilité était due sans nul doute au ramollissement de la tumeur, mais il nous faut étudier maintenant l'influence de la tumeur fibreuse sur la grossesse, et nous pourrons ainsi nous rendre compte de certains avortements dont les causes auraient pu nous échapper.

Il est évident que les tumeurs fibreuses ont souvent causé des avortements, et, pour les tumeurs interstitielles, nous devons dire qu'elles s'opposent à l'ampliation de l'utérus, et, théoriquement, on pourrait établir que si la tumeur est placée sur le fond de l'utérus ou dans la zone supérieure, l'avortement se fera dans les premiers mois de la grossesse, et, qu'au contraire, il ne se fera que plus tard, si c'est la zone inférieure qui est le siége de la tumeur.

Recherchons maintenant le mécanisme de l'avortement. Dans la plupart des cas, l'obstacle est dû à l'ampliation de l'utérus et de même que pendant l'accouchement, la présence d'un corps fibreux interrompant les fibres musculaires de l'utérus en entrave singulièrement les fonctions contractiles, on comprend aussi que le développement de cet organe soit considérablement gêné.

Et ce n'est pas encore la seule cause d'avortement, car la circulation utérine est nécessairement incomplète, et il en résulte une nutrition insuffisante.

Nous avons supposé jusqu'à présent que la fécondation avait pu s'accomplir. Ce qui doit étonner dans certains cas, cependant, c'est moins l'avortement ou l'accouchement prématuré que la possibilité de la conception, quand il existe des tumeurs fibreuses dans les parois de l'utérus ou dans la cavité du col.

La présence des corps fibreux peut-elle donc empêcher la fécondation? La physiologie nous apprend que, pour qu'il y ait fécondation dans l'espèce humaine, il faut qu'il y ait contact entre les spermatozoïdes et l'ovule, et que ce contact doit s'opérer au delà du canal cervical. Donc, toute cause qui s'opposera au passage des sperma-

tozoïdes du canal vaginal dans la cavité de la matrice, deviendra une cause forcée de stérilité, et il est évident que le corps fibreux pouvant se développer dans une partie de l'organe où il sera un obstacle mécanique à la pénétration du sperme, empêchera, par suite, l'imprégnation de l'ovule, mais en dehors de cette circonstance, quels que soient d'ailleurs le nombre et le volume des tumeurs, la fécondation peut avoir lieu. On doit dire cependant que l'action des tumeurs fibreuses se manifeste par la diminution dans le nombre des conceptions et par la fréquence des grossesses qui se terminent avant terme.

Voyons maintenant les résultats que nous donne la statistique :

West, dans ses leçons sur les maladies des femmes, rapporte que sur 96 cas observés, 82 femmes mariées, et parmi elles, 20 stériles, 62 autres ont donné naissance à 124 enfants et avaient fait 48 fausses couches; 31 sur ces 62 n'avaient chacune qu'une seule grossesse, qui, 21 fois, avait parcouru toutes ses périodes, et 10 fois s'était terminée par une fausse couche.

Sur 600 malades (dont 500 mariées et stériles ou devenues stériles) observées par M. Marion Sims, 119 avaient des tumeurs fibreuses.

On comprend que ce qui doit rendre surtout la fécondation plus difficile, c'est l'occlusion du museau de tanche ou des orifices tubaires, et cette occlusion peut se faire mécaniquement par l'interposition du néoplasme.

Les polypes fibreux qui reposent sur le col s'opposent à la fécondation plus que les tumeurs interstitielles, et on comprend aussi que les tumeurs sous-péritonéales gênent rarement la fécondation.

On a aussi souvent remarqué que les tumeurs péritonéales n'avaient pas mis obstacle à la grossesse; leur présence causait seulement un développement excessif du ventre, et il en résultait souvent du malaise, un sentiment de pesanteur excessif à l'hypogastre, de la dyspnée et de la douleur dans certaines positions.

On comprend aussi que ces tumeurs n'existent pas sans causer des douleurs assez fortes; ces douleurs peuvent encore, dans certains cas, causer l'avortement; et, en effet, pendant la gestation, il y a vitalité plus grande et aussi excitabilité plus grande, et cette douleur peut, dans certains cas, déterminer des contractions.

Les tumeurs fibreuses utérines, dit Joulin, dans son Traité d'accouchements, sont des causes actives de rupture de l'utérus. On comprend, en effet, que si une paroi entière de l'utérus est envahie par ces fibromes comme dans le cas cité par Chaussier, l'ampliation de la cavité utérine ne puisse s'effectuer que par la dilatation exagérée de la portion des parois de l'organe restée saine, car celle qui est le siége de la tumeur ne peut s'y prêter que dans une limite tout à fait restreinte, et la limite d'élasticité de la fibre musculaire étant dépassée, il y a rupture.

On peut craindre aussi dans le cas de tumeur fibreuse pédiculée l'inversion de la matrice, à la suite de l'avortement; car la tumeur exerce sur un utérus distendu et ramolli par son pédicule et par son poids une pression de haut en bas, et on comprend qu'il y ait une plus grande tendance à s'invaginer; ce sont surtout les polypes très-voisins du col qui peuvent ainsi sortir de la cavité utérine pendant la grossesse, et le plus souvent ce phénomène s'observe vers la fin de la grossesse quelques jours avant le travail. Nous en citons un exemple qui a été communiqué à l'Académie de chirurgie, en 1870, par M. Brachet :

Le 19 janvier 1870, une femme âgée de 37 ans, primipare et arrivéesans encombre au terme de sa grossesse, éprouve tout à coup pendant un effort de miction, en l'absence de toute douleur d'accouchement, la sensation de la sortie brusque par les voies génitales d'un corps volumineux, dur et résistant. Une sage-femme appelée à la hâte croyant qu'il s'agissait de la poche des eaux, essaie en vain de la perforer.

M. le Dr Brachet mandé 12 heures après, constate l'existence

d'une tumeur simulant un prolapsus complet d'utérus hypertrophié.

Le toucher vaginal pratiqué après avoir relevé la tumeur sur la région pubienne, montre qu'il n'existe aucun commencement de travail, et que la tumeur est coiffée par la paroi antérieure du vagin.

M. Brachet réduit la tumeur, et le 21 janvier, accouchement spontané; quelques jours après, on fait l'ablation de la tumeur, il n'y a pas d'hémorrhagie, et la guérison s'effectue 20 jours après l'opération.

Nous devons reconnaître que ces cas d'inversion sont rares. Mais on a observé quelquefois, moins souvent cependant que dans le cas de cancer, des hémorrhagies redoutables qui sont dues à la vascularisation des tumeurs fibreuses. Nous rappellerons à ce propos une observation que M. Peters nous cita dans une de ses conférences et dans laquelle l'hémorrhagie, qui rendait un avortement imminent, fut arrêtée par un traitement sagement approprié.

Une femme était devenue grosse quoique ayant un fibrome utérin. Ce fibrome était latent jusqu'au moment de la grossesse et ne s'était manifesté par aucun symptôme. Vers le quatrième mois il apparut des hémorrhagies et des douleurs très-intenses suivant le trajet du nerf sciatique droit. Il était évident que l'avortement était imminent et on remarqua que le volume du globe utérin était considérable. De plus, à la palpation, on pouvait sentir deux tumeurs bien distinctes : l'une dure, bosselée, située à droite à côté et à gauche, une autre tumeur molle présentant tous les caractères physiologiques de l'utérus gravide : on se trouvait en présence d'une tumeur fibreuse compliquant la grossesse et qui, sous l'influence de la gestation, avait pris des proportions considérables.

Pour empêcher cet avortement, on fit rester la malade au lit pendant un mois, on lui administra des lavements laudanisés, on lui plaça une ceinture hypogastrique et, sous l'influence de ce traitement,

la douleur s'amoindrit, les hémorrhagies cessèrent et la malade accoucha à terme d'un enfant vivant.

Quand le canal pelvien est obstrué par une tumeur utérine, on comprend facilement que la fréquence relative des diverses présentations du fœtus est considérablement modifiée. On a observé que l'extrémité pelvienne ou le tronc de l'enfant s'offre beaucoup plus souvent au détroit supérieur que dans le cas de bonne conformation. M[me] Boivin et Dugès citent un cas dans lequel l'enfant présentait l'épaule, le travail dura sept jours et la femme mourut.

Ces tumeurs prédisposent aussi à l'insertion vicieuse du placenta sur le col ou dans son voisinage. M. Pajot, dans la *Gazette des hôpitaux*, année 1863, en cite un exemple.

Une hémorrhagie subite survient pendant le neuvième mois de la grossesse chez une femme multipare apportée à l'hôpital huit jours après le début de l'accident. Le placenta était inséré centre pour centre sur le col. On fit la perforation du placenta et la version. Mort; et à l'autopsie on trouva un corps fibreux de la paroi postérieure de l'utérus saillant dans la cavité à droite et en bas, il avait le volume d'un œuf de poule.

Quant au développement du fœtus, il se fait ordinairement avec régularité malgré la présence des tumeurs fibreuses, à moins toutefois qu'il n'y ait avortement ou accouchement prématuré, mais dans les cas où l'accouchement se fait à terme on ne constate pas de lésion spéciale que l'on puisse attribuer à la présence des corps fibreux.

Les tumeurs sessiles ou pédiculées qui se trouvent situées entre la paroi osseuse et les deux tiers inférieurs de l'utérus donnent lieu à certains symptômes, tels que, gêne croissante à la région pelvienne avec sensation de pesanteur vers le rectum; hémorrhoïdes et varices des membres inférieurs; dysurie et difficulté de la défécation et symptômes névralgiques suivant les nerfs comprimés; on a même signalé une compression des uretères suivie de dilatation et de destruction du rein. (J. Hall Davie, in Trans obstetric. London, 1867.)

Nous avons supposé jusqu'à présent que la tumeur, pendant la gestation se développait régulièrement en suivant une évolution naturelle et physiologique; mais il peut y avoir certains états pathologiques de ces tumeurs qui retentissent sur la grossesse. On comprend, en effet, qu'il peut y avoir une inflammation qui peut aller jusqu'à la suppuration et, si la tumeur est volumineuse, on pourra avoir des résorptions purulentes avec tous les troubles généraux qui les caractérisent.

Quant à la congestion elle paraît être assez fréquente puisqu'on observe assez souvent, quand on examine ces tumeurs fibreuses, des points hémorrhagiques au centre, mais il faut reconnaître que la congestion n'a pas une grande influence sur la grossesse; elle ne se manifeste que par une acuité extrême de la douleur qui devient aussi intense que dans la péritonite la plus aiguë.

Et si ce phénomène se produit dans les tumeurs sous-péritonéales, l'inflammation pourra gagner le péritoine et rendre ainsi le diagnostic plus obscur. Heureusement ces faits sont rares.

DIAGNOSTIC.

Les tumeurs fibreuses qui compliquent la grossesse sont en général assez faciles à reconnaître quand elles occupent un point de l'utérus accessible à nos moyens d'exploration, mais quand il s'agit de tumeurs pédiculées, il y a des difficultés énormes pour établir la longueur, la résistance et le point d'implantation du pédicule. Il est souvent arrivé à des praticiens très-distingués de reconnaître la présence d'une tumeur fibreuse de l'utérus et de méconnaître la grossesse ou inversement ou bien encore on a pris la tumeur pour un kyste et, dans certains cas encore ces fibromes n'ont été reconnus qu'au moment de la parturition à terme et dans de telles conditions que la provocation de l'accouchement prématuré eût-elle été indiquée, il n'est plus possible de recourir à ce moyen.

La présence des corps fibreux ne peut être reconnue que par le palper et le toucher. Le palper abdominal peut faire prendre la sensation de résistance pour une partie fœtale, et de plus si la paroi abdominale est un peu épaissie, l'état des choses se trouve masqué. Si la tumeur se trouve en rapport avec la région postérieure de l'organe elle échappe complètement à la palpation. Il est un caractère, c'est l'immobilité de la production morbide et la netteté de ses limites, mais l'immobilité manque pour certaines tumeurs pédiculées. Le toucher vaginal peut faire croire à une tête de fœtus. L'immobilité peut encore faire défaut et la tumeur peut être accessible un jour et disparaître le lendemain. Il y a encore l'hypothèse d'une double présentation du sommet de jumeaux ce qui n'est pas le cas le plus ordinaire. Si le toucher ne suffit pas, il ne faut pas hésiter dans certains cas à introduire la main tout entière pour compléter un diagnostic douteux lorsque l'état des parties externes le permet.

Dans les premiers mois de la grossesse lorsqu'il n'existe que des signes de probabilité, il est difficile d'établir un bon diagnostic et, du reste, les femmes viennent rarement consulter à cette époque, mais plus tard il peut y avoir de grandes difficultés, car une tumeur peut altérer la forme, la consistance ou la situation du col. L'utérus peut être masqué par une tumeur et l'auscultation rendue incertaine par l'éloignement du fœtus de la paroi abdominale; ou bien par des bruits produits dans la tumeur elle-même; et la tumeur peut empêcher de percevoir le ballottement. Dans ce cas la marche de la maladie devra être observée pour qu'un diagnostic puisse être établi.

Dans la plupart des cas la grossesse se présentera avec tous ses signes, et à la palpation on pourra sentir deux tumeurs : l'une dure, élastique, résistante, qui sera la tumeur fibreuse, et l'autre molle, dépressible qui représentera l'utérus gravide.

Maintenant pour les tumeurs intra-utérines : si elles siégent au segment inférieur le toucher en fera connaître les limites ; si elles se trouvent au segment supérieur le volume de l'utérus qui

ne sera pas en rapport avec l'époque de la grossesse fera penser à une tumeur compliquant la gestation.

On pourra aussi le plus souvent reconnaître si la tumeur est sessile ou pédiculée à sa mobilité et à sa délimitation facile.

On pourrait prendre la tumeur pour une grossesse gémellaire. L'auscultation dans ce cas mettra souvent sur la voie ; il faut alors examiner la femme à des intervalles rapprochés et noter avec soin le volume et la situation de la tumeur.

On a souvent pris aussi pour des têtes de fœtus des polypes qui faisaient saillie dans la cavité vaginale.

Quelquefois les tumeurs fibreuses ont fait croire à une grossesse extra-utérine, M[me] Boivin rapporte un cas où le professeur Desormeaux crut à une grossesse extra-utérine et l'autopsie montra un utérus déformé par des tumeurs fibreuses. Il faut remarquer, bien que ce diagnostic soit souvent difficile, que dans le cas de grossesse extra-utérine l'utérus n'est que faiblement augmenté de volume.

Cazeaux cite un cas où il prit une tumeur fibreuse chez une femme enceinte pour un kyste, à cause de la fluctuation manifeste qu'elle présentait. La ponction exploratrice a été signalée comme moyen de diagnostic, mais c'est souvent un moyen dangereux.

TRAITEMENT.

Au point de vue obstétrical les indications que présentent les corps fibreux utérins sont très-variables.

1° *Expectation.* — L'expectation est indiquée chaque fois que la tumeur n'est pas d'un volume excessif et que par son siége elle n'entrave pas le développement de l'utérus et ne cause pas d'accidents graves ; il faut donner des soins hygiéniques, soutenir la femme au moyen des toniques afin que s'il se produit des hémor-

rhagies elle puisse les supporter plus facilement ; il faut veiller auss à ce que les fonctions s'accomplissent régulièrement.

Parfois les tumeurs sont mobiles et assez rapprochées du détroit supérieur pour qu'en les refoulant au-dessus du détroit ou dégage le passage; le fœtus alors en pénétrant dans l'excavation maintient la tumeur réduite. Si le corps fibreux est pédiculé on pourra plus facilement le refouler au-dessus du détroit supérieur et on peut espérer aussi qu'il s'engagera au-dessous de la tête dans la filière pelvienne.

S'il y a des menaces d'avortement ou d'accouchement prématuré, il faut instituer un traitement palliatif, donner des lavements laudanisés. Le repos absolu, le séjour au lit, les boissons adoucissantes, les aliments légers ont souvent suffi à arrêter les contractions de la matrice et à prolonger une grossesse jusqu'à terme. L'observation que nous rapportons plus haut, en est un exemple. On peut aussi pour préparer un accouchement plus facile, essayer de refouler la tumeur de temps en temps au-dessus du détroit supérieur, afin qu'elle ne puisse contracter des adhérences avec les parois de l'excavation et gêner l'ampliation de l'utérus.

Ce sont les cas les plus favorables et ils forment heureusement la majorité, et M. Blot n'hésite pas à dire que, dans la plupart des cas, il faut s'abstenir en surveillant les malades et n'intervenir qu'à la fin de la grossesse.

Il y a des faits nombreux où l'existence de tumeurs considérables n'a pas empêché un accouchement normal : ce qui peut être est dû à la position de la tumeur et aussi à son ramollissement.

2° *Provocation de l'avortement.*—M. Depaul, dans un cas où il fut appelé auprès d'une malade qui portait une tumeur volumineuse du col de l'utérus, arrêta la grossesse en ponctionnant l'œuf. L'indication est en effet formelle quand la tumeur est dans l'excavation et que déjà volumineuse à une époque peu avancée de la grossesse elle

prépare les plus grandes difficultés au travail et fait prévoir que la vie de la mère sera menacée, car on sait que les tumeurs fibreuses tendent à s'accroître sous l'influence de la grossesse.

Accouchement prématuré artificiel. — M. Ashwell le premier en a posé l'indication dans le cas où la présence des tumeurs fibreuses assez volumineuses pour entraver l'accouchement aurait été reconnue pendant la grossesse. En effet, si vers le septième mois on s'aperçoit que la tumeur prend un volume considérable, qu'elle n'a pas de tendance à se ramollir et que le rétrécissement qu'elle forme rend l'accouchement à terme impossible, il faut alors pratiquer l'accouchement prématuré artificiel.

Simpson repousse ce moyen en disant que l'irritation causée pour provoquer l'accouchement est aussi dangereuse que l'accouchement.

Quoi qu'il en soit, il faut reconnaître que cette méthode a souvent donné d'excellents résultats et qu'elle a permis d'éluder des difficultés qui auraient été insurmontables.

Extirpation.— L'extirpation a été pratiquée quelquefois avec succès, néanmoins nous devons reconnaître qu'elle peut avoir l'inconvénient, dans certains cas, de déterminer l'avortement.

M. Danyau opéra avec succès une femme enceinte de 7 mois à 7 mois et demi d'une tumeur fibreuse volumineuse (volume de la tête d'un enfant). Cette tumeur s'insérait par un pédicule au côté droit de la lèvre antérieure de l'orifice utérin, il fit la ligature, puis l'excision et il n'y eut pas d'hémorrhagie.

Merriman pratiqua aussi une opération semblable chez une femme enceinte de huit mois. La tumeur fut enlevée par la ligature et la grossesse continua son cours.

Ramsbotham, en présence d'une tumeur du volume d'une tête d'enfant qui était sortie pendant l'accouchement, crut plus prudent de ne point en faire la ligature de suite. Il se contenta de la faire rentrer dans le vagin, préférant attendre que le volume considérable

qu'elle avait acquis pendant la grossesse et qu'il présumait devoir être temporaire se réduisît sous l'influence du travail d'absorption qui devait ramener l'utérus, aux dimensions de l'état de vacuité. La tumeur diminua en effet en même temps que l'utérus revint à ses dimensions normales et quatre mois après, l'utérus étant tout à fait rentré dans ses limites, Ramsbotham procéda à la ligature du polype dont la chute au bout de 15 jours amena une guérison complète.

Comme exemple d'avortement provoqué par la ligature de ces tumeurs fibreuses, nous pouvons citer le cas suivant.

Hauck (Casper's Wochenscrift, n° 40), ayant lié successivement trois polypes dans l'orifice utérin, huit jours après la dernière opération, l'opérée avorta à deux mois et demi de grossesse.

On voit donc que, pour les tumeurs fibreuses, il est préférable de pratiquer leur ablation après l'accouchement, comme dans le cas de Ramsbotham; car quel que soit le procédé mis en usage, il compromettra souvent la grossesse. Ce n'est que dans un cas de nécessité absolue, lorsqu'une hémorrhagie grave menace la vie de la mère, qu'il faut se décider à cette ablation, et seulement au moyen de la ligature; l'excision, en effet, ne ferait qu'augmenter l'hémorrhagie.

« Dans l'état de grossesse, dit Jarjavay (thèse de concours), il ne faut pas songer à l'extirpation du corps fibreux intestitiel. Porter l'instrument tranchant sur une surface étendue d'un organe vasculaire, comme l'est alors la matrice, serait s'exposer à des hémorrhagies bien difficiles à guérir. »

M. Tarnier donne la statistique suivante sur 42 cas :

Accouchement spontané............	8 fois.
Forceps..........................	6 —
Version..........................	6 —
Accouchement prématuré...........	1 —
Embryotomie......................	1 —
Enucléation de la tumeur.........	1 —
Opération césarienne.............	14 —

La maladie a entraîné 5 fois la mort des malades avant l'accouchement sur ces 42 malades; 13 guérisons.

CONCLUSIONS.

1° Les tumeurs fibreuses de l'utérus ne sont généralement pas un obstacle à la fécondation.

Dans la plupart des cas, elles permettent aux grossesses d'arriver à terme; il faut cependant reconnaître que l'affection diminue le nombre des conceptions et augmente celui des avortements.

2° Si la tumeur occupe le segment inférieur, l'avortement arrivera dans les premiers mois de la grossesse; quand, au contraire, elle n'occupe que les parties inférieures, l'avortement n'arrivera que plus tard.

3° L'expectation est le plus souvent indiquée. L'avortement et l'accouchement prématuré ne devront être pratiqués que dans des cas exceptionnels.

4° Les tumeurs fibreuses sessiles ou pédiculées de l'utérus sont susceptibles d'acquérir, sous l'influence de la grossesse, un développement rapide, et de subir après la guérison un stade de régression.

5° Si une femme affectée de fibrome utérin consulte un médecin pour savoir si elle peut contracter mariage, il faudra lui conseiller de faire enlever cette tumeur avant de mettre ce projet à exécution, à cause des accidents qu'elle pourrait courir si une grossesse survenait.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

Dr Monceaux. Etude clinique sur le cancer de la matrice. Janvier 1855.
Mémoires de l'Académie de chirurgie. T. II.
Journal de chirurgie de Malgaigne. 1846.
Bulletin de la Société de chirurgie. T. VIII.
A. Forget. Bulletin général de thérapeutique.
Guyon. Des tumeurs fibreuses de l'utérus. Thèse d'agrégation.
West. Diseases of Women. Traduites de l'anglais par Ch. Mauriat. Paris, 1870.
Lebert. Traité pratique des maladies cancéreuses.
Becquerel. Traité clinique des maladies de l'utérus et de ses annexes. Paris, 1859.
Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales. Article Avortement.
Mme Lachapelle. Pratique des accouchements.
Mme Boivin et Dugès. Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes. Paris, 1833.
Scanzoni. Précis théorique et pratique de l'art des accouchements. Traduction du Dr Paul Ricard. Paris, 1859.
Courty. Traité pratique des maladies de l'utérus, des ovaires et des trompes. 2e éd. Paris, 1872.
Joulin. Traité complet d'accouchements. Paris, 1867.
Watelle. Thèse de Paris. 1870, n° 158.
Bayle et Cayol. In Mme Boivin. Loc. cit.
Ashwell. Gazette médicale de Paris. 1837.
Huguier. Bulletin de la Société de chirurgie. 1857.
Archives de médecine. 1859. 3e série, t. V.
Gazette des Hôpitaux. Guyon. 1868.
Revue médico-chirurgicale de Paris. 1851. T. II.
Cruveilhier. Traité d'anatomie pathologique. T. III.
Me Lachapelle. Mémoires. T. III.
D'Outrefont. Archives de médecine. 1830. 1re série, t. XXIII.
Aran. Traité des maladies de l'utérus.

Dictionnaire de médecine ou Répertoire général des sciences médicales. Article Dystocie.
Journal de médecine de Bordeaux. N° 12, 1844.
JARJAVAY. Thèse de concours. 1852.
ELLEAUME. Traité des maladies des femmes.
Dictionnaire en 30 volumes. Article Cancer.
Guy's hospital Reports. Ashwell. 1839.
Bulletin de la Société de chirurgie. 1868-1869.
CHAILLY-HONORÉ. Bulletin de thérapeutique. 1846.
WAUCK. Casper's Wochenscrift. N° 40. 1836.
Montpellier médical. T. XVI, XVII, 1866; t. XVIII, 1867.
Dr CHANTREUIL. Mémoire sur les tumeurs de l'utérus au point de vue de la grossesse et de l'accouchement.
ETCHEVERRY. Thèse de Paris. 1864.
DUBAR. Thèse de Paris. 1864.
LAMBERT. Thèse de Paris. 1870.
MAGDELAINE. Thèse de Strasbourg. 1869.
CHURCHILL. Traité pratique des maladies des femmes. Traduit par Viéland et Dubrisay. Paris, 1866.
J. HALL-DAVIS. In Tran. Obstetric. London, 1867.

QUESTIONS

SUR

LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MEDICALES

Anatomie et histologie normales. — Aponévroses de l'abdomen.

Physiologie. — De la digestion intestinale ; du suc pancréatique.

Physique. — Courants thermo-électriques ; thermo-multiplicateurs.

Chimie. — De l'ammoniaque ; ses propriétés, sa préparation ; action des acides sur l'ammoniaque.

Histoire naturelle. — Des racines, leur structure, leurs tendances, leurs différentes modifications ; des bulbes, des bulbilles, des tubercules. Caractères qui distinguent les racines des rhizômes.

Pathologie interne. — Des concrétions sanguines dans le système artériel.

Pathologie externe. — Enumérer les tumeurs de l'orbite, en indiquer les signes différentiels.

Pathologie générale. — De la fièvre.

Anatomie et histologie pathologiques. — Des lésions de la dysentérie.

Médecine opératoire. — Des appareils employés pour le redressement du membre dans le cas de pied-bot.

Pharmacologie. — Des altérations que les médicaments officinaux peuvent éprouver par l'action de l'air, de l'humidité, du froid et de la chaleur. Quels sont les différents moyens employés pour leur conservation ?

Thérapeutique. — Des indications de la médication astringente.

Hygiène. — Des boissons aromatiques.

Médecine légale. — Empoisonnement par l'alcool; comment est isolé l'alcool dans le sang ?

Accouchements. — De l'influence de la grossesse sur la marche des maladies qui la compliquent.

Vu, bon à imprimer,

DEPAUL, Président.

Permis d'imprimer,

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

A. MOURIER.